

SÍNDROME DO PIRIFORME OU DOR GLÚTEA PROFUNDA?

Autor: Fisioterapeuta Carolina Toigo

A dor na região glútea é uma queixa comumente encontrada na prática clínica, afetando cerca de 10 a 25% da população. As possíveis causas de dor na região glútea são extensas e podem abranger sintomas referidos da coluna lombossacra, articulação sacroilíaca, articulação do quadril ou estruturas extra-articulares da região do quadril. Fontes extra-articulares de dor glútea podem ser o resultado de tendinopatia do glúteo médio, glúteo mínimo, dos rotadores profundos da articulação do quadril, dos isquiotibiais, ou um aprisionamento do nervo ciático.

Com o avanço no conhecimento da anatomia posterior do quadril e de como o nervo ciático se desloca de acordo com os movimentos do membro inferior sabe-se que o mesmo pode ser aprisionado em muitos outros locais no espaço subglúteo ao invés de apenas no músculo piriforme. Portanto, o termo "Síndrome da dor glútea profunda" é utilizado para descrever a presença de dor glútea causada por aprisionamento extra-pélvico do nervo ciático ao invés de síndrome do piriforme.

O espaço glúteo profundo é composto por tecido celular e adiposo localizado entre as camadas aponeuróticas glúteas médias e profundas. Na grande maioria dos casos (83%), o nervo ciático entra na pelve na incisura isquiática maior, entre o músculo piriforme e ligamento sacrotuberoso. Existem seis variações anatômicas descritas do curso do nervo ciático em relação ao músculo piriforme. Estas variações podem predispor o aprisionamento do nervo ciático, porém estudos recentes sugerem que não são tão significativas como originalmente pensado. Portanto, o aprisionamento do nervo ciático pode ser causado não somente pelo músculo piriforme, mas também pela porção proximal dos isquiotibiais, pelo músculo obturador interno ou por tecido cicatricial.

Avaliação clínica de pacientes com síndrome glútea profunda é complexa, pois os sintomas não são precisos e podem ser confundido com outras patologias intra ou extra-articulares do quadril, inclusive patologias provenientes da coluna vertebral. Os sintomas mais comuns incluem dores na região glútea, posterior da coxa e da perna, e sensibilidade alterada no membro inferior. Os sintomas na maioria das vezes são unilaterais, mas podem ser bilaterais. Alguns sinais são: intolerância de permanecer sentado por mais de 20-30 minutos, dor que piora à noite e melhora durante o dia.

Alguns dos possíveis fatores desencadeadores são ficar por período prolongado na posição sentada, trauma direto na região glútea, alongamento prolongado, sobrecarga excessiva ou instabilidade lombo-pélvica. Como forma inicial de tratamento estão indicados modificação das atividades, fisioterapia, analgésicos ou anti-inflamatórios. Em casos raros que falham na terapia conservadora, o tratamento cirúrgico aberto ou endoscópico pode ser considerado.

A abordagem fisioterapêutica incluiu estratégias de educação do paciente, fortalecimento muscular, alongamentos, mobilizações neurais, terapia manual, estabilização lombo-pélvica, reequilíbrio muscular e treinamento proprioceptivo dos membros inferiores. Alguns dos cuidados recomendados são: não cruzar membros inferiores, não permanecer sentado por longos períodos, não sentar com os joelhos unidos e os pés afastados, e não dormir sobre o quadril acometido.